

“一口价”封顶！住院“打包支付”来了

我省医保支付方式大改革 将缓解过度医疗等现状 三年完成“全覆盖”



扫码看视频

医院治疗出院后，长长的结算单让人眼花缭乱？今后，这样的情况会得到改善。因为我省医保住院支付将实行“一口价”封顶，“打包支付”将成为新常态，缓解过度医疗等现状。

1月5日，湖南省医保局发布《湖南省DRG/DIP支付方式改革三年行动计划实施方案》(以下简称《方案》)，我省将启动医保支付改革，计划在2025年实现DRG/DIP支付方式覆盖所有符合条件的开展住院服务的医疗机构。 ■三湘都市报全媒体记者 李琪
通讯员 钱小艳 刘振 实习生 肖雨璐 视频 刘品贝

【新政】

创新医保支付方式，看病住院“打包付费”

51岁的何东(化名)因为直肠癌于2021年11月17日在郴州市第一人民医院东院肿瘤内科六区住院。

11月20日，何东出院，在这次住院过程中，何东完成了自己的治疗，支付了3903元。记者从该院了解到，按照DRG支付方式，何东本次住院费用包干价格为8871元，经过医生优化诊疗方式，节省了4968元。这个节省出来的费用，医保基金仍会支付给郴州市第一人民医院。这种支付方式，就是按支付标准包干。

据介绍，DRG付费，即按疾病诊断相关分组付费，根据疾病诊断、治疗方式和病人个体特征等情况形成不同的诊断相关组，每一个诊断相关组确定统一付费标准；DIP付费即按病种分值付费，根据年度医保支付总额、医保支付比例及各医疗机构病例的总分值计算分值点值，形成支付标准。

医保支付方式改革的目的，是为了提高医保基金使用效能，用有限的医保基金为参保人购买更高质量的医疗服务，同时激励医疗机构和医生主动规范医疗服务行为，提升控制成本的内生动力，促进分级诊疗，让医保和医疗“双向而行”。

【进度】

三年完成“全覆盖”，让医保支付机制更高效

《方案》显示，我省于今年起全面推进DRG/DIP付费方式改革工作，推动医保高质量发展。到2024年底，所有市州全部开展DRG/DIP付费方式改革工作，先期启动试点地区不断巩固改革成果。2025年，DRG/DIP支付方式覆盖所有符合条件的开展住院服务的医疗机构，基本实现病种、医保基金全覆盖，在全省全面建立更加管用高效的医保支付新机制。

根据《方案》内容，我省将在三年时间内，高质量完成四个部分的任务。

统筹地区全面覆盖。2022年全省各市州启动DRG/DIP改革，长株潭地区启动区域DRG改革，实现DRG/DIP支付方式统筹地区全覆盖。

医疗机构全面覆盖。各市州启动DRG/DIP付费改革工作后，按三年安排实现符合条件的开展住院服务的医疗机构全面覆盖，每年进度应分别不低于40%、30%、30%。

病种全面覆盖(原则上达到90%)。按照每年进度分别不低于70%、80%、90%的安排，各市州分三年实现DRG/DIP付费医疗机构病种全面覆盖。鼓励超过90%的病种覆盖率。

医保基金全面覆盖(原则上达到70%)。按照每年进度分别不低于30%、50%、70%的安排，各市州分三年实现DRG/DIP付费医保基金支出全面覆盖。鼓励超过70%的基金总额预算覆盖率。



传统项目 付费方式

- 一些医院为了多赚钱，可能存在多做检查、多开药等情况，使医疗费用过度上涨。

【试点】

国家级首批DRG试点城市，成效初显

2019年，湘潭市被确定为国家级首批DRG付费方式改革试点城市，也是我省唯一DRG付费改革国家试点城市。

1月5日，记者从湘潭市医保局了解到，经过两年多准备，2021年6月起该市启动DRG实际付费，湘潭市中心医院等8家医院成为首批试点医疗机构。

经过6个多月的试点实际付费，目前效果已经初步显现，8家试点医疗机构的住院总费用、次均费用、平均住院日、时间消耗指数和费用消耗指数均呈现下降趋势。群众看病负担进一步减轻，医保基金使用效能进一步提升。

湘潭市试点工作在国家试点进展情况监测评估中被评定为“进度优秀”。有数据显示，在试点实际付费的第一个季度，各试点医疗机构平均住院床日减少1.31天，药占比和耗材占比同比下降1.44%和2.96%。同时，患者就医负担减轻，次均自负费用比去年同期减少633元。其中，有5家医疗机构发生医疗费用控制在支付标准内获得奖励。

【问题】

存在痛点难点，医疗监管不容忽视

2021年12月9日，国家医保局确定、公布湘潭市成为国家DRG付费示范点。

湘潭市医疗保障局医疗保障事务中心副主任章奋强透露，在试点的过程中，也存在一定的痛点难点。目前，各级医疗机构不同程度存在病案质量不高、编码员不足、编码力量薄弱等突出问题；其次，中医病种分组没有明确的规定，推进中医医院进入实际付费存在短板。

再次，人员、资金缺口较大，人员培训、系统建设、病案检查等资金消耗较大，同时急需卫生、信息、统计、精算等专业人才。

“医疗监管较难也是不容忽视的问题。”章奋强坦言，医保部门普遍存在监管人员不足，智能监管手段和规则不完善，对医疗机构分解住院、高套高编等行为查处难等现象。

采用DRG或DIP付费

- 可以通过科学计算，把每个病种需要花费多少钱都进行确定；
- 医保会根据确定的费用来支付给医院；
- 费用如果有盈余，纳入医院收入；
- 如果超标，医院补齐



解读

住院费用如何“一口价”包干？

作为我省DRG付费改革唯一省级试点城市，郴州市第一人民医院是该市首批开展DRG付费改革的医院之一。

“整体而言推动比较顺利，目前运行平稳。”该院医保科主任张磊介绍，DRG付费目前适用于短期住院患者，郴州市DRG分组方案确定本市共629组DRG，医院实际入组512组，全院约60%—70%的住院患者使用DRG付费进行结算。

具体怎样实施包干？张磊举了个例子。比如某DRG组付费标准是1.4万元，医院只花了1万元就解决了患者的问题，剩余的4000元医保基金仍会支付给医院；但如果医院花了1.8万元，多出的4000元则由医院承担，就是按支付标准包干。

付费改革会带来哪些影响？

DRG/DIP付费改革目的是鼓励医院主动控制费用，提高效率，降低成本。不必要的检查项目不做，减少医疗器械的使用，对患者和医生都有好处。

因为医院药品、耗材都是零加成的，进价多少售价多少，医院还需要管理成本；同时近几年医保部门也不断在增加医生手术等诊疗方便的费用，通过这样的方式体现医生的价值。

张磊表示，通过DRG/DIP付费方式改革，再全面去了解国家医保局通过集采、谈判的方式降低药品、耗材费用，会发现这是一套组合拳，目标是实现医-保-患三方的共赢。

费用“包干”，医生会不会尽力治病？

费用“包干”了，医生会因为节省费用，而推诿病人吗？这个问题，是所有患者都关注的。目前医保部门有非常严格的监管手段，对医生治疗病案随时抽查，并通过大数据分析治疗方案是否科学有效实施，同时医院也会配套绩效方案改革，以此来激励医生。

“杜绝治疗不足，这一块是DRG/DIP付费改革中的重点工作。”章奋强表示，除了抽查病案等方式，目前该部门已经开通专门的投诉渠道，一旦患者发现医疗机构有治疗不足的情况，可以向医保部门投诉举报。同时，该局也正在推行医保智能审核系统，对医疗费用执行智能筛查。